

Études & Résultats

DIRECTION DE LA RECHERCHE, DES ÉTUDES, DE L'ÉVALUATION ET DES STATISTIQUES



JUIN
2015
NUMÉRO
0919

Le marché de l'assurance complémentaire santé : des excédents dégagés en 2013

En 2013, 33 milliards d'euros de cotisations ont été collectés sur le marché de l'assurance complémentaire santé en France. Les mutuelles sont prédominantes sur ce marché avec 54 % des cotisations collectées, devant les sociétés d'assurance (28 %) et les institutions de prévoyance (18 %). La moitié des cotisations en santé concernent des contrats collectifs, qui couvrent des salariés d'entreprise ou de branches professionnelles.

Le marché de l'assurance complémentaire santé a dégagé 228 millions d'euros d'excédents en 2013, soit 0,7 % des cotisations collectées. Les institutions de prévoyance sont les organismes qui reversent à leurs assurés la plus grande part de leurs cotisations en santé sous forme de charges de prestations et ceux dont les charges de gestion sont les plus faibles, ce qui s'explique notamment par leur spécialisation dans les contrats collectifs.

Cette étude reprend les principaux résultats de l'édition 2014 du rapport du gouvernement au Parlement sur la situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé.

Olivier Jacod, Alexis Montaut (DREES)

En 2013, 605 organismes pratiquent une activité d'assurance complémentaire santé, c'est-à-dire qu'ils gèrent des contrats dont l'objet principal est de rembourser à l'assuré ses frais de soins médicaux (consultations de médecins, hospitalisations, achats de médicaments...). En 2013, le secteur de l'assurance complémentaire santé comprend 481 mutuelles, 96 sociétés d'assurance et 28 institutions de prévoyance (tableau 1). Depuis 2001, le nombre de mutuelles a été divisé par trois et le nombre d'institutions de prévoyance par deux dans ce secteur. La mise en place d'un marché unique européen de l'assurance privée a notamment contraint les mutuelles à se restructurer afin d'atteindre une taille critique. Le secteur mutualiste reste toutefois très morcelé et les mutuelles de petite taille sont encore nombreuses en 2013.

Un marché dominé par les mutuelles

Les mutuelles restent prédominantes sur le marché de l'assurance complémentaire santé, devant les sociétés d'assurance et les institutions de prévoyance. Le chiffre d'affaires en santé correspond aux cotisations (ou primes¹), collectées auprès des souscripteurs au titre des contrats de complémentaire

...
1. Le terme de « cotisations » employé ici est utilisé par les mutuelles et les institutions de prévoyance, les sociétés d'assurance privilégiant le terme de « primes ».

...
 2. Il ne prend donc pas en compte d'autres éléments du compte de résultat, notamment le résultat financier (encadré 2).

santé, il s'élève à 33 milliards d'euros en 2013. Pour les mutuelles, il s'élève à 17,8 milliards d'euros, soit 54 % du marché, contre 9,2 milliards d'euros pour les sociétés d'assurance (28 % du marché) et 5,8 milliards d'euros pour les institutions de prévoyance (18 %). Toutefois, depuis

2001, les mutuelles et institutions de prévoyance perdent des parts de marché face aux sociétés d'assurance.

Les mutuelles sont principalement positionnées sur l'assurance santé, puisque cette activité représente 84 % de leur chiffre d'affaires total. La santé est aussi

l'activité principale des institutions de prévoyance (48 % de leur chiffre d'affaires), même si celles-ci ont une activité plus diversifiée (incapacité, invalidité, décès, retraite...). En revanche, la santé représente une activité plus marginale pour les sociétés d'assurance (6 % de leur chiffre d'affaires) dont l'activité dépasse largement le cadre des risques sociaux : assurance automobile ou habitation, responsabilité civile, épargne financière... Au total, tous acteurs confondus, la santé représente 16 % de l'activité assurantielle en 2013. L'analyse de l'activité assurantielle des organismes s'appuie sur les données comptables collectées par l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (encadré 1).

TABLEAU 1
Le marché de l'assurance complémentaire santé en France en 2013

	Sociétés d'assurance	Institutions de prévoyance	Mutuelles	Ensemble des organismes
Nombre d'organismes	96	28	481	605
Cotisations collectées (milliards d'euros)	9,2	5,8	17,8	32,8
Parts de marché	28 %	18 %	54 %	100 %
Proportion d'organismes de petite taille*	6 %	0 %	43 %	33 %
Part de la santé dans le total de l'activité assurantielle**	6 %	48 %	84 %	16 %

* La proportion d'organismes de petite taille est estimée sur le champ des organismes qui sont assujettis à la taxe CMU et contrôlés par l'ACPR au 31/12/2013.

** Le total de l'activité assurantielle est calculé sur l'ensemble des organismes pratiquant des activités d'assurance et non sur les seuls organismes pratiquant une activité santé.

Lecture • En 2013, 481 mutuelles sont assujetties à la taxe CMU-C. Le chiffre d'affaires de ces mutuelles (cotisations collectées en affaires directes au titre des garanties de complémentaire santé) s'élève à 17,8 milliards d'euros, soit 54 % du chiffre d'affaires total en santé. 43 % des mutuelles peuvent être considérées comme étant de petite taille (chiffre d'affaires total inférieur à 6 millions d'euros, un tiers de l'ensemble des organismes ayant un chiffre d'affaires total inférieur à ce seuil). La santé représente 84 % de l'activité assurantielle des mutuelles.

Champ • Organismes assujettis à la taxe CMU-C au cours de l'année 2013 (c'est-à-dire ceux pratiquant une activité de complémentaire santé), y compris mutuelles substituées.

Source • Fonds CMU, ACPR, calculs DREES.

ENCADRÉ 1
Sources et champ

Les organismes qui exercent une activité de complémentaire santé sont assujettis à la taxe de solidarité additionnelle aux cotisations d'assurance collectée au profit du Fonds CMU, et appelée taxe « CMU », car elle permet de financer en particulier la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) et l'aide à la complémentaire santé (ACS).

Afin d'assurer sa mission, l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) collecte, chaque année, auprès des organismes d'assurance, divers éléments comptables et financiers, appelés états comptables et prudentiels (bilans des organismes, produits et charges de leur activité assurantielle, respect des exigences réglementaires...). L'ACPR collecte également, pour le compte de la DREES, cinq états supplémentaires, appelés « états statistiques ».

Les mutuelles ayant transféré tout ou partie de leur risque assurantiel à un autre organisme à travers une convention de substitution (dites « mutuelles substituées ») sont écartées afin d'éviter des doubles comptes : en effet, les cotisations et prestations d'une mutuelle substituée sont déjà comptabilisées via son organisme de substitution dans les données de l'ACPR.

Finalement, l'analyse de l'activité assurantielle en santé s'appuie sur les 449 organismes qui sont assujettis à la taxe CMU en 2013, ayant fourni à l'ACPR à la date du 1^{er} octobre 2014 leurs états comptables et notamment l'état prudentiel C1 (compte de résultat technique par contrats) et hors mutuelles substituées, soit 338 mutuelles, 85 sociétés d'assurance et 26 institutions de prévoyance. Une pondération permet de cet échantillon d'être représentatif du marché de l'assurance complémentaire santé en France.

Les contrats collectifs : presque la moitié de l'activité santé

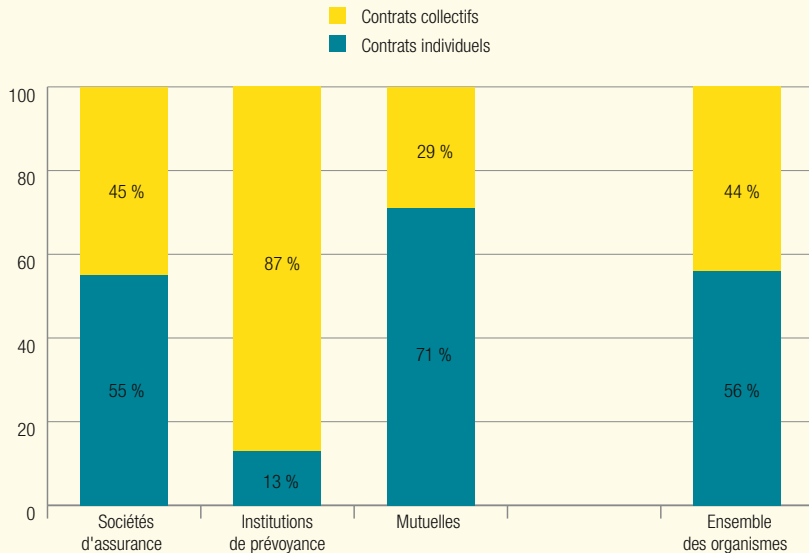
Un contrat collectif est souscrit par une entreprise ou une branche professionnelle au bénéfice d'une catégorie de personnes (les salariés d'une entreprise, un groupe de salariés relevant d'une branche professionnelle...). L'assurance individuelle est, quant à elle, souscrite directement par un particulier, de sa propre initiative. Les institutions de prévoyance proposent essentiellement des contrats collectifs (87 % de leurs cotisations en santé), tandis que les mutuelles proposent surtout des contrats individuels (71 % de leurs cotisations en santé, graphique 1). Enfin, les sociétés d'assurance sont dans une situation intermédiaire avec 45 % des cotisations collectées au titre des contrats collectifs. Au total, les contrats collectifs représentent 44 % des cotisations de complémentaire santé.

Les excédents en santé représentent 0,7 % des cotisations en 2013

Le résultat technique en santé représente la différence entre les ressources et les charges liées à l'activité assurantielle en santé pour une année donnée². Les ressources de l'activité assurantielle correspondent principalement aux cotisations collectées (graphique 2). Les charges sont notamment constituées des charges de prestations, issues de l'activité

GRAPHIQUE 1

Part des contrats collectifs et individuels dans l'activité santé en 2013



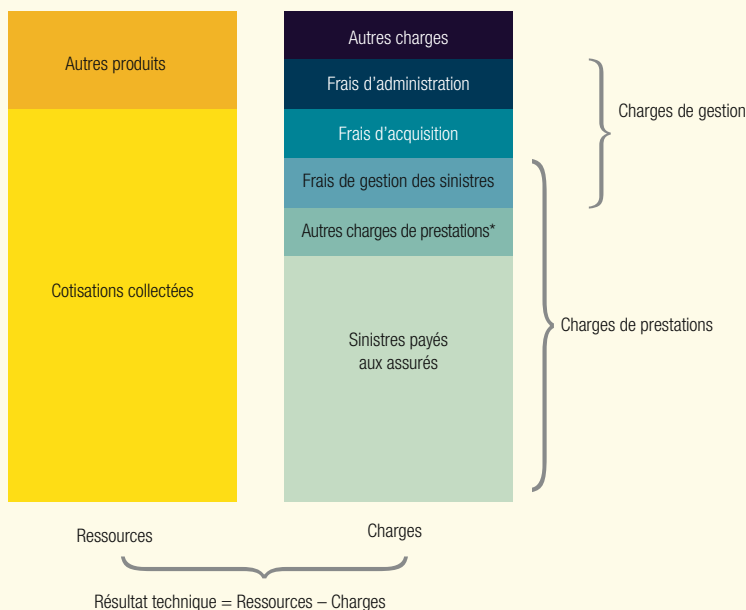
Lecture • 87 % des cotisations collectées en santé par les institutions de prévoyance le sont au titre de contrats collectifs.

Champ • Organismes assujettis à la taxe CMU et contrôlés par l'ACPR au 31/12/2013.

Source • ACPR, calculs DREES.

GRAPHIQUE 2

Représentation simplifiée des ressources et des charges de l'activité de complémentaire santé



* Autres charges de prestations = variations des provisions techniques et participation aux excédents ou résultats incorporée dans l'exercice.

d'indemnisation des assurés, mais aussi des frais d'acquisition, engagés pour attirer de nouveaux clients (frais de réseau commercial, de publicité, ouverture des dossiers...), et des frais d'administration, liés à la gestion des contrats (encaissement des cotisations, administration du portefeuille, frais de réassurance...). Le résultat technique en santé de l'ensemble des organismes exerçant une activité de complémentaire santé est excédentaire en 2013. Il s'élève à + 228 millions d'euros, soit 0,7 % des cotisations collectées en 2013, et reste donc légèrement positif, après avoir représenté + 166 millions d'euros (0,5 % des cotisations) en 2011 et + 59 millions d'euros (0,2 %) en 2012 (graphique 3).

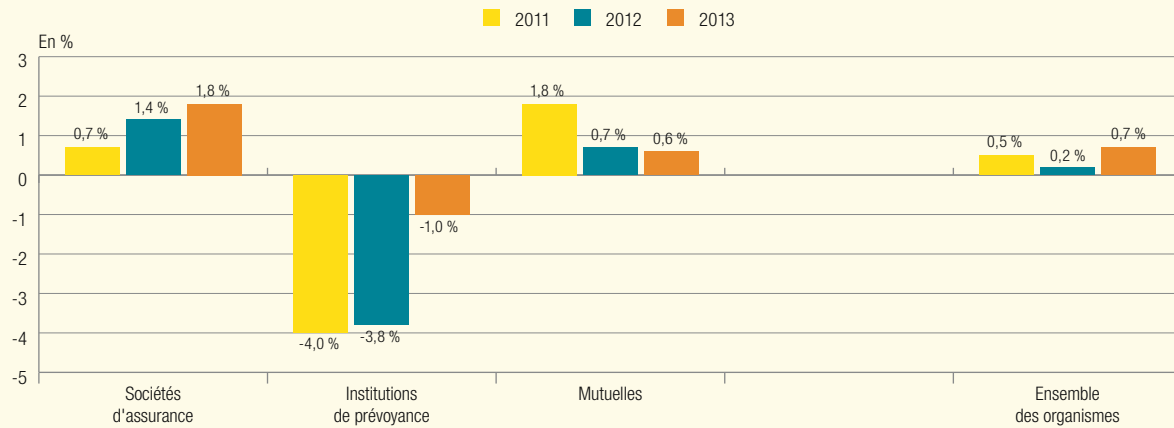
Même s'il reste déficitaire en 2013 (- 1,0 % des cotisations collectées en santé), le résultat technique en santé des institutions de prévoyance s'améliore nettement après deux années où il était proche de - 4,0 %. Ces dernières années déficitaires font suite à plusieurs années d'excédents. La complémentaire santé est une activité marquée par l'alternance de périodes déficitaires et excédentaires et la situation financière des organismes ne peut être appréciée que dans la durée. À l'inverse, les résultats techniques en santé des sociétés d'assurance et des mutuelles sont excédentaires depuis trois ans. En 2013, ils représentent respectivement 1,8 % et 0,6 % des cotisations en santé. Les résultats techniques des contrats collectifs en santé sont systématiquement inférieurs à ceux des contrats individuels (graphique 4). De plus, en moyenne, les contrats collectifs sont déficitaires sur la période 2011-2013, tandis que les contrats individuels sont excédentaires. Toutes activités confondues (au-delà du champ de la santé), l'ensemble des organismes du secteur de la complémentaire santé dégage des excédents en 2013 (encadré 2).

86 % des cotisations en santé sont reversées sous forme de charges de prestations

Les charges de prestations représentent, pour les différents organismes, l'activité d'indemnisation des assurés. Elles sont principalement constituées des sinistres

GRAPHIQUE 3

Résultat technique en santé entre 2011 et 2013*



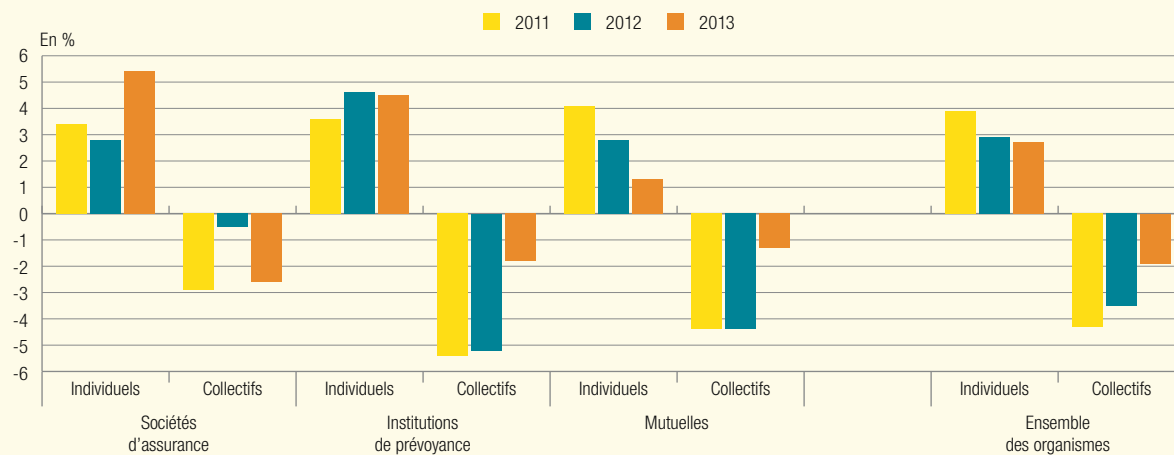
*Montants moyens exprimés en pourcentage des cotisations collectées.

Champ • Organismes assujettis à la taxe CMU et contrôlés par l'ACPR au 31/12 de chaque année.

Source • ACPR, calculs DREES.

GRAPHIQUE 4

Résultat technique en santé des contrats individuels et collectifs entre 2011 et 2013*



*Montants moyens exprimés en pourcentage des cotisations collectées.

Champ • Organismes assujettis à la taxe CMU et contrôlés par l'ACPR au 31/12 de chaque année.

Source • ACPR, calculs DREES.

payés aux assurés, ainsi que des variations de provisions techniques (pour régler les sinistres futurs non encore déclarés et les sinistres déclarés mais non encore indemnisés, etc.), mais elles incluent aussi les frais de gestion des sinistres (traitement des dossiers et des contentieux). En 2013, 86 %³ des cotisations en santé sont reversées sous forme de charges de prestations (tableau 2). Ce sont les institutions de prévoyance qui reversent en moyenne la plus grande part de leurs cotisations sous forme de charges de prestations

(93 %), devant les mutuelles (86 %), puis les sociétés d'assurance (80 %). Au sein de ces charges de prestations, les frais de gestion des sinistres représentent 4 % des cotisations pour les trois catégories d'organismes.

Des charges de gestion plus faibles pour les institutions de prévoyance

C'est pour les sociétés d'assurance que les frais d'acquisition, engagés notamment pour attirer de nouveaux clients,

sont les plus élevés en 2013 (13 % des cotisations), devant les mutuelles (6 %) puis les institutions de prévoyance (5 %). En revanche, les mutuelles se caractérisent par des frais d'administration plus élevés que les autres organismes, puisque 8 % de leurs cotisations sont consacrées à la gestion des contrats en 2013, contre 6 % pour les sociétés d'assurance et 4 % pour les institutions de prévoyance. Les institutions de prévoyance sont donc la catégorie d'organismes pour laquelle l'ensemble des différentes charges de gestion

3. Ce ratio est aussi appelé P/C (prestations sur cotisations) ou S/P (sinistres sur primes).

ENCADRÉ 2

Des complémentaires santé... en bonne santé

Différents indicateurs permettent d'évaluer la santé financière des organismes. Tout d'abord, le **résultat net comptable** annuel reflète l'intégralité de l'activité des organismes, puisqu'il comprend les résultats techniques (résultats de l'activité assurantielle en santé, mais aussi sur tous les autres risques d'assurance vie ou non-vie : retraite, décès, automobile...), ainsi que le résultat non technique (résultats de l'activité non assurantielle : produits financiers et charges issus des placements des fonds propres, de la fiscalité...). Tous les types d'organismes pratiquant une activité santé dégagent en moyenne un résultat net positif en 2013, y compris les institutions de prévoyance, dont l'activité santé est en moyenne déficitaire.

Légalement, les organismes d'assurance doivent être capables d'honorer à tout moment leurs engagements vis-à-vis des assurés et des bénéficiaires, c'est-à-dire de payer les prestations à ceux qui en ont acquis le droit. Les cotisations perçues par les organismes avant la matérialisation du risque et le paiement des prestations peuvent être investies afin de les faire fructifier, mais les règles prudentielles de l'ACPR, qui visent à protéger les intérêts des assurés, imposent que ces placements en **couverture des engagements réglementés** soient suffisamment sûrs, liquides, diversifiés et rentables. Les règles prudentielles imposent également aux organismes de respecter une **marge de solvabilité** supplémentaire en disposant de suffisamment de fonds propres capables d'absorber des pertes imprévues (en cas de risques mal tarifés, de sinistres exceptionnels, de placements qui se déprécient...). Deux ratios (couverture des engagements réglementés et couverture de la marge de solvabilité), fondés sur les bilans des organismes et donc sur l'ensemble de leur activité, permettent notamment à l'ACPR d'évaluer si ces règles de prudence sont respectées. Celles-ci sont jugées respectées lorsque les deux ratios sont supérieurs à 100 %. Si ces deux ratios sont particulièrement regardés en raison de leur caractère synthétique, ils ne sont pas pertinents dans toutes les situations, le contrôle prudentiel pouvant alors s'appuyer sur d'autres indicateurs.

Parmi les organismes pratiquant une activité santé, en moyenne, les mutuelles couvrent davantage les engagements réglementés, et les institutions de prévoyance, quant à elles, couvrent mieux la marge de solvabilité. La grande majorité des organismes respectent ces deux ratios, même si une très petite minorité d'organismes (essentiellement des mutuelles) se situent à la limite des seuils de couverture. Ces situations économiques spécifiques sont identifiées et suivies par l'ACPR à l'aide de moyens adaptés.

Tableau • Indicateurs de solidité financière des organismes pratiquant une activité de complémentaire santé en 2013

	Résultat net comptable moyen	Couverture moyenne...	
		...des engagements réglementés	...de la marge de solvabilité*
Sociétés d'assurance	3,3 %	104 %	356 %
Institutions de prévoyance	1,2 %	117 %	566 %
Mutuelles	1,7 %	192 %	474 %
Ensemble	2,9 %	106 %	386 %

* y compris plus-values latentes.

Lecture • En 2013, le résultat net comptable des mutuelles représente en moyenne 1,7 % de l'ensemble des cotisations d'assurance collectées. Les actifs admis couvrent en moyenne 192 % des engagements réglementés. Enfin, les fonds propres, y compris plus-values latentes, représentent en moyenne 474 % de la marge de solvabilité.

Champ • Organismes assujettis à la taxe CMU et contrôlés par l'ACPR au 31/12/2013.

Source • ACPR, calculs DREES.

TABLEAU 2

Parts des charges de prestations et de gestion dans les cotisations en 2013*

	Charges de prestations	dont frais de gestion des sinistres	Frais d'acquisition	Frais d'administration
Ensemble	86	4	8	7
Sociétés d'assurance	80	4	13	6
Institutions de prévoyance	93	4	5	4
Mutuelles	86	4	6	8
Chiffre d'affaires santé : grand	86	4	8	7
Chiffre d'affaires santé : moyen	83	4	7	9
Chiffre d'affaires santé : petit	86	4	4	10
Contrats individuels	81	4	9	8
Contrats collectifs	91	4	7	5

*Montants moyens exprimés en pourcentage des cotisations collectées.

Note • Le chiffre d'affaires en santé correspond au montant des cotisations collectées en santé : grand = cotisations en santé supérieures à 30 millions d'euros, moyen = cotisations en santé comprises entre 5 et 30 millions, petit = cotisations en santé inférieures à 5 millions (pour un tiers de l'ensemble des organismes le chiffre d'affaire en santé est inférieur à 5 millions d'euros et pour un autre tiers il est supérieur à 30 millions d'euros).

Champ • Organismes assujettis à la taxe CMU et contrôlés par l'ACPR au 31/12/2013.

Source • ACPR, calculs DREES.

(frais de gestion des sinistres, d'acquisition et d'administration) représente la plus faible part des cotisations.

Des contrats collectifs plus avantageux pour les assurés

Les adhérents des contrats collectifs se voient reverser une plus grande part de leurs cotisations sous forme de charges

de prestations que les adhérents des contrats individuels (respectivement 91 % contre 81 %, tableau 2). Ce résultat conforte ceux issus de l'enquête de la DREES sur les contrats les plus souscrits, dits contrats modaux : les garanties offertes par les contrats collectifs sont plus avantageuses, en dépit du coût plus faible de ces contrats pour les assurés. Les charges de gestion sont également

plus faibles pour les contrats collectifs. Les coûts sont réduits puisqu'un seul acteur (l'entreprise) est l'intermédiaire de nombreux assurés (les salariés). Enfin, les organismes dont le chiffre d'affaires en santé est important engagent plus de frais pour acquérir de nouveaux clients, mais réalisent ensuite des économies d'échelle sur l'administration des contrats. ■

POUR EN SAVOIR PLUS

- **Montaut A.**, Rapport du gouvernement au Parlement sur la situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé – édition 2014, DREES.
- **Le Palud V.**, 2013, « Comment les organismes complémentaires fixent leurs tarifs », *Études et résultats*, DREES, n° 850, septembre.
- **Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR)**, 2014, « Les chiffres du marché français de la banque et de l'assurance en 2013 ».
- **Montaut A.**, 2015, « Les garanties offertes par les organismes d'assurance sur le champ des risques sociaux », *Les comptes de la protection sociale en France et en Europe en 2013 – édition 2015*, DREES, coll. « Études et Statistiques ».

À PARAÎTRE

- **Le Palud V.**, 2015, « Les contrats les plus souscrits auprès des complémentaires santé en 2013 », *Études et résultats*, DREES.

LA DREES SUR INTERNET

Retrouvez toutes nos publications sur notre site

www.drees.sante.gouv.fr

Retrouvez toutes nos données sur

www.data.drees.sante.gouv.fr

Pour recevoir nos avis de parution

www.drees.sante.gouv.fr/les-avis-de-parution,2052.html

Directeur de la publication : Franck von Lennep

Responsable d'édition : Carmela Riposa

Secrétaire de rédaction : Reine Bellivier

Composition et mise en pages : Philippe Brulin

Conception graphique : Julie Hiet et Philippe Brulin

Imprimeur : Imprimerie centrale de Lens

Pour toute information : drees-infos@sante.gouv.fr

Reproduction autorisée sous réserve de la mention des sources •

ISSN papier 1292-6876 • ISSN électronique 1146-9129 • AIP 0001384